

| | | | | | |
|--------|----|----|---|---|---|
| 保険者記入欄 | 資格 | 取得 | 年 | 月 | 日 |
| | | 喪失 | 年 | 月 | 日 |
| | 療養 | 始 | 年 | 月 | 日 |
| | | 終 | 年 | 月 | 日 |

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(海外療養費・歯科)

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|------------------------|-------------|-------------------|---|
| 被 保 者 記 入 欄 | ① 被保険者証の | 記号 | 被 保 険 者 氏 名 | | |
| | | 番号 | ② | 生 年 月 日 | 昭・平 年 月 日 |
| | ③ 現住所 電話番号 | 〒 ー 日中連絡の取れる電話番号 () | | | |
| | ④ 事業所の名称 | | | | |
| | ⑤ 家族が治療を受けたとき | 家族氏名 | 昭・平・令 年 月 日 | | ⑥ 被保険者との続柄 |
| | | 生年月日 | | | |
| | ⑦ 病名 | | | ⑧ 発病または負傷の年月日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | ⑨ 発病または負傷の原因 | | | | 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ⑩ 病気(けが)の経過 | | | | |
| | ⑪ 診療を受けた病院等の名称、所在地 医師名 | 名称 | | | 電話番号 () |
| | | 所在地 | | | 医師氏名 |
| | ⑫ 診療または手当の内容 | | | ⑬ 療養または手当に要した費用の額 | 円 |
| | ⑭ 診療または手当を受けた期間 | 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 | 日間 | 入院期間 | 自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 |
| | ⑮ 健康保険被保険者証(保険証)を使用出来なかった理由 | | | | |
| | 資格喪失後の請求の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。 | | | | |
| ⑯ | 銀行番号 | 支店番号 | | 1. 普通 | 口座番号 |
| | 銀行 | | 支店 | 2. 当座 | |
| | フリガナ | | | | |
| | 口座名義 | | | | |

R3.4 東京広告業健康保険組合
受付日付印

上記のとおり療養費を申請します。

| | |
|----------------|--|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | |
|----------------|--|

不明な点は、業務第2課までお問い合わせください (03-6226-4534)

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.
各月ごと、入院・外来ごとにこの様式が必要となります。

Attending physician's Statement

診 療 内 容 明 細 書

Form A 様式 A

1. Name of patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male, Female)
患 者 名 () 年 齡 (生 年 月 日) (/ /) 性 別 (男 ・ 女)

2. Name of illness of injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).

傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (付録参照)

翻訳

(No.)

3. Date of First Diagnosis _____ 初 診 年 月 日
初 診 日

4. Day of Diagnosis and Treatment _____ days
診 療 日 数 日 間

5. Type of Treatment

診 療 の 分 類

- Hospitalization From _____ to _____ (_____ day's)
入 院 (自 年 月 日) (至 年 月 日) (日間)
- Outpatient From _____ to _____ (_____ visit)
外 来 (自 年 月 日) (至 年 月 日) (回)
- Home Visit From _____ to _____ (_____ visit)
往 診 (自 年 月 日) (至 年 月 日) (回)

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief).

症 状 の 概 要

翻訳

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief).

処 方、手術その他の処置の概要

翻訳

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes (はい) No (いいえ)

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician. Fill in Form B

項 目 別 治 療 費 実 費

様式 B による

10. Name and Address of Attending Physician

担 当 医 の 名 前 及 び 住 所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 Home _____ phone _____

Office _____ phone _____

Date 日付 _____ 年 月 日 Signature 署名 _____

Attending Physician 担 当 医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診 療 録 の 番 号

Request to Dental Surgeon

歯科医師へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by Dental Surgeon.
この様式は歯科医師が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month should be filled out
各月ごとにこの様式1枚が必要となります。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized Receipt / 領収明細書 (歯科)

1. Name of patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male, Female)
患者名 () 年齢(生年月日) (/ /) 性別(男・女)
3. Date of First Diagnosis _____ 4. Day of Diagnosis and Treatment _____ days
初診日 (年 月 日) 診療日数 (日間)
- Localization of Teeth 部位

| Permanent Teeth 永久歯 | Deciduous Teeth 乳歯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td style="border-right: 1px solid black;">7</td><td style="border-right: 1px solid black;">6</td><td style="border-right: 1px solid black;">5</td><td style="border-right: 1px solid black;">4</td><td style="border-right: 1px solid black;">3</td><td style="border-right: 1px solid black;">2</td><td style="border-right: 1px solid black;">1</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">1</td><td style="border-right: 1px solid black;">2</td><td style="border-right: 1px solid black;">3</td><td style="border-right: 1px solid black;">4</td><td style="border-right: 1px solid black;">5</td><td style="border-right: 1px solid black;">6</td><td style="border-right: 1px solid black;">7</td><td style="border-right: 1px solid black;">8</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">8</td><td style="border-right: 1px solid black;">7</td><td style="border-right: 1px solid black;">6</td><td style="border-right: 1px solid black;">5</td><td style="border-right: 1px solid black;">4</td><td style="border-right: 1px solid black;">3</td><td style="border-right: 1px solid black;">2</td><td style="border-right: 1px solid black;">1</td></tr> </table> L. | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | R. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">e</td><td style="border-right: 1px solid black;">d</td><td style="border-right: 1px solid black;">c</td><td style="border-right: 1px solid black;">b</td><td style="border-right: 1px solid black;">a</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">a</td><td style="border-right: 1px solid black;">b</td><td style="border-right: 1px solid black;">c</td><td style="border-right: 1px solid black;">d</td><td style="border-right: 1px solid black;">e</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black;">e</td><td style="border-right: 1px solid black;">d</td><td style="border-right: 1px solid black;">c</td><td style="border-right: 1px solid black;">b</td><td style="border-right: 1px solid black;">a</td></tr> </table> L. | e | d | c | b | a | a | b | c | d | e | e | d | c | b | a |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e | d | c | b | a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a | b | c | d | e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e | d | c | b | a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

I. Name of Illness 傷病名

1. Dental Caries う蝕症

2. Missing Teeth 欠損

3. Pyorrhea alveolaris

4. The Others その他

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| e | d | c | b | a |
| a | b | c | d | e |
| e | d | c | b | a |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| e | d | c | b | a |
| a | b | c | d | e |
| e | d | c | b | a |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| e | d | c | b | a |
| a | b | c | d | e |
| e | d | c | b | a |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| e | d | c | b | a |
| a | b | c | d | e |
| e | d | c | b | a |

| Dental Treatment | 歯科治療 | Localization of Teeth Examined 患歯部位 | Material 材料 | Fee 治療費 |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------|---------|
| 1. Initial Office Visit | 初診料 | 邦訳 | 邦訳 | |
| 2. X Ray Examinations | X線検査 | | | |
| 3. Dental Pulp Examination | 抜髄 | | | |
| 4. Extraction | 抜歯 | | | |
| 5. Filling | 充填 | | | |
| 6. Inlay | インレー | | | |
| 7. Metal Crown | 金属冠 | | | |
| 8. Post Crown | 継続歯 | | | |
| 9. Jacket Crown | ジャケット冠 | | | |
| 10. Bridge Work | ブリッジ | | | |
| 11. Plate Denture | 有床義歯 | | | |
| Partial Denture | 局部義歯 | | | |
| Complete Denture | 総義歯 | | | |
| 12. Treatment of Pyorrhea alveolaris | 歯槽膿漏 | | | |
| 13. Medicine | 投薬 | | | |
| 14. The Others | その他 | | | |
| 15. Total | 合計 | | | |

Name and Address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
 Address 住所 Home _____ phone _____
 Office _____ phone _____

Date 日付 _____ 年 月 日 Signature 署名 _____

翻訳文は必ず具体的に記載してください。

Attending Physician 担当医